

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

263

THÈSE
pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Jean BODIN

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INTERNE DES HOPITAUX DE LIMOGES

Né le 21 Juin 1914 à Vierzon (Cher)

L'Hygroma Suppuré
de la
Bourse Séreuse de Boyer

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

THÈSE
pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Jean BODIN

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INTERNE DES HOPITAUX DE LIMOGES

Né le 21 Juin 1914 à Vierzon (Cher)

L'Hygroma Suppuré
de la
Bourse Séreuse de Boyer

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale

Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique Médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.

ROUVIÈRE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VALLÉRY-
 RADOT.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LÉVY-VALENSI.
 Henri BÉNARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER.
 RATHERY.
 LEREBoullet.
 NOBÉCOURT.
 LAIGNEL-LAVASTINE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMAITRE.
 CUNÉO.
 GOSSET.
 GRÉGOIRE.
 LENORMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LÉVY-SOLAL.
 MOCQUOT.
 OMBRÉDANNE.
 HARVIER.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 Maurice VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...
 HAZARD
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIÉ.
 VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.

MM.

COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE
 (Roger) Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREG (H.).. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET .. Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD ... Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.	
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
M ^{lle} J. LÉVY..	Pathologie médicale.
LENÈGRE	Pharmacologie.

MM.	
MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.
BRULÉ.	
CATHALA	
CHABROL.	
CHEVALLIER	
GASTINEL	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN.	
MOREAU	
PIÉDELIEVRE.	
SÉZARY.	

MM.	
ECALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	
VIGNE.	
PORTES.	

MM.	
BASSET.	Clinique chirurgicale.
BROCQ.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	
MOULONGUET.	
QUÉNU.	
MOURE.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME
ET A MON FILS

A MES PARENTS

A MA FAMILLE
ET A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette
Thèse ;*

*En témoignage de notre très pro-
fonde reconnaissance.*

A MON MAITRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VOUZELLE

Qui m'a inspiré ce travail ;

*En témoignage de ma gratitude et
de mon respectueux attachement.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE LIMOGES :

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FILHOULAUD
(année 1934)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCLAND
(année 1935)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAZERT
(année 1936)

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VOUZELLE
(1936-1937)

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND
(1937-1938)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LEOBARDY
(1938-1939)

En hommage de ma profonde reconnaissance.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE LIMOGES



INTRODUCTION

Il est très regrettable pour nous que les circonstances actuelles ne nous aient pas permis d'approfondir davantage cette thèse sur l'hygroma suppuré de la bourse séreuse de Boyer, car, si c'est une affection rare, elle est souvent ignorée ou méconnue.

Il nous a été permis d'en observer une cas récemment, et mon Maître, le professeur VOUZELLE, en avait déjà rencontré deux autres cas au cours de sa longue et brillante carrière. C'est pourquoi il nous a semblé utile et très intéressant de décrire cette affection qui, si elle est bénigne, tant dans son évolution que dans son traitement, peut parfois embarrasser un praticien non averti.

Parmi les nombreuses lésions inflammatoires du cou, et en particulier les phlegmons de la région antéro-latérale sous-aponévrotique, il en est une que l'on rencontre assez rarement, mais à laquelle, souvent, des médecins et des chirurgiens avertis ne pensent pas. La raison en est que la symptomatologie de l'hygroma aigu de la bourse séreuse de Boyer se

rapproche parfois de celle des phlegmons profonds du cou.

Pour nous permettre de mieux comprendre cette symptomatologie, il nous sera très utile de revoir l'anatomie topographique de la loge antérieure du cou.

CHAPITRE I

ETUDE ANATOMIQUE

La Bourse séreuse de Boyer est située dans la loge sous-hyoïdienne. Située, comme son nom l'indique, au-dessous de l'os hyoïde, la région sous-hyoïdienne, est une région impaire et médiane, occupant la partie antérieure et inférieure du cou. Cette région renferme, au nombre de ses parties constituantes, une portion des deux grands appareils digestif et respiratoire. Ces formations viscérales (larynx, trachée, corps thyroïde, œsophage), ici comme au thorax et à l'abdomen, s'abritent en arrière d'un plan musculo-aponévrotique. La région sous-hyoïdienne comprend : 1° la région sous-hyoïdienne proprement dite, entendant par là les différents plans qui s'étagent en avant des formations viscérales précitées ; 2° le larynx qui occupe la partie moyenne de la région ; 3° la trachée viscérale qui fait suite au larynx ; 4° le corps thyroïde qui s'étend en avant et

sur les côtés du conduit laryngo-trachéal ; 5° l'œsophage cervical qui descend en arrière de la trachée.

Nous étudierons seulement la région qui nous intéresse : la région sous-hyoïdienne proprement dite.

RÉGION SOUS-HYOÏDIENNE

C'est l'ensemble des parties molles qui se disposent en avant du plan viscéral de la région sous-hyoïdienne, c'est-à-dire en avant du corps thyroïde et du conduit laryngo-trachéal.

1° *Limites.*

Elle a pour limites : *a)* en haut, une ligne horizontale passant par le corps de l'os hyoïde et se terminant, à droite et à gauche, au muscle sterno-cléido-mastoïdien ; *b)* en bas, la fourchette sternale ; *c)* latéralement, le bord antérieur des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Ainsi délimitée, notre région sous-hyoïdienne proprement dite confine aux régions suivantes : en haut, à la région sus-hyoïdienne ; en bas, à la région sternale, ainsi qu'au médiastin antérieur ; à droite et à gauche, aux deux régions sterno-cléido-mastoïdiennes ; profondément, à la région thyroïdienne et au conduit laryngo-trachéal.

2° *Forme extérieure et exploration.*

Ainsi délimitée, nous allons explorer rapidement avec l'œil et le doigt cette région sous-hyoïdienne, pour nous permettre de mieux préciser notre diagnostic, quand elle sera le siège d'un phlegmon, en particulier d'un phlegmon circonscrit.

Elle affecte la forme d'un triangle isocèle, dont la base dirigée en haut, répond à l'os hyoïde et dont le sommet, légèrement tronqué, repose sur la fourchette sternalé.

Si nous palpons le triangle sous-hyoïdien, nous rencontrons successivement : 1° sur les côtés et à la limite latérale de la région, la saillie en corde des sterno-cléido-mastoïdiens ; 2° sur la ligne médiane, le conduit laryngo-trachéal et une gouttière plus ou moins accusée, au fond de laquelle on sent battre la carotide.

Si, maintenant, nous suivons de haut en bas le conduit laryngo-trachéal et ses annexes, nous rencontrons tout d'abord la saillie dure et résistante que forme l'os hyoïde ; puis, au-dessous de l'hyoïde, une gouttière transversale, la *gouttière sous-hyoïdienne*, formée par la membrane thyro-hyoïdienne, présentant un centimètre de hauteur, dans la position ordinaire de la tête, mais pouvant atteindre deux centimètres et même deux centimètres et demi, lorsque la tête est fortement renversée en arrière.

C'est précisément sur cet espace membraneux que doit se fixer dès maintenant notre attention, puisque, comme nous le verrons dans la suite, la bourse séreuse de Boyer est située dans l'espace compris entre l'aponévrose cervicale moyenne en avant et la membrane thyro-hyoïdienne en arrière. Vient ensuite la pomme d'Adam, saillie bien connue, développée surtout chez l'homme, déterminée par l'arrête antérieure du cartilage thyroïde ; elle est verticale et médiane et se termine, en haut, par une petite échancrure à concavité supérieure. Au-dessous de la pomme d'Adam, le doigt sent encore la saillie transversale du cartilage cricoïde, et, enfin, la trachée.

Ajoutons qu'il existe une position, tête et cou en flexion, dans laquelle les muscles étant mis dans le relachement, l'exploration de la région sous-hyoïdienne se trouve, de ce fait, rendue plus facile : c'est la *position d'exploration clinique*. Dans la position inverse, tête et cou en extension, les tissus sont tendus et forment un plan résistant qui gêne l'exploration des organes sous-jacents, mais qui, par contre, rend les manœuvres opératoires plus aisées : c'est la *position opératoire*, celle que le chirurgien doit donner au malade, lorsqu'il intervient sur la région.

Nous n'insisterons pas sur les modifications pathologiques de la forme normale de la région sous-hyoïdienne qui peut être déformée, soit dans sa totalité par des phlegmons diffus, par de l'emphysème,

des lipomes, etc., soit partiellement par des phlegmons circonscrits ou des tumeurs qui, sur les côtés, proviennent, d'ordinaire, de la région carotidienne (adénites, anévrysme) qui, sur la ligne médiane, ont pour point de départ la glande thyroïdienne le plus souvent (goîtres).

3° *Aponévroses.*

Les nombreux points de contact que présentent entre eux les phlegmons du cou, s'ils justifient une étude d'ensemble, il est bien difficile d'en donner une classification parfaite ; on est obligé de se baser sur la disposition des loges aponévrotiques. Or, l'anatomie les délimite mal, en certaines régions, et, d'autre part, la progression du pus est loin de suivre d'une façon constante, comme l'a bien montré Malgaigne, les limites tracées par les aponévroses. Seul, l'hygroma suppuré de la bourse séreuse de Boyer offre une symptomatologie et une évolution particulière, sauf, peut-être, quand elle existe, celui de la bourse préthyroïdienne de Béclard qui se trouve le plus souvent au-dessous de l'aponévrose.

Quels sont donc les rapports de la bourse séreuse de Boyer avec les aponévroses cervicales ?

L'aponévrose cervicale superficielle forme au cou une gaine complète. Dans la région cervicale antérieure qui nous intéresse, elle recouvre, en avant, la région sous-hyoïdienne et s'étend au-dessus de

l'hyoïde, auquel elle adhère, jusqu'à la mâchoire ; sur les côtés, elle engaine les muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Rappelons, en passant, que dans la région sous-hyoïdienne, l'aponévrose superficielle est traversée par la veine jugulaire antérieure qui chemine sur un certain parcours dans un dédoublement de cette lame aponévrotique, avant de passer en arrière de l'aponévrose.

L'aponévrose cervicale moyenne, qui s'étend d'un omohyoïdien à l'autre, s'insère, en haut, sur l'os hyoïde ; en bas, elle s'attache au bord postérieur de la fourchette sternale et de la clavicule. En avant de la gouttière sous-hyoïdienne, le feuillet superficiel de l'aponévrose moyenne est soudé à la face profonde de l'aponévrose cervicale superficielle. Plus bas, au-dessous du corps thyroïde, les deux aponévroses s'écartent l'une de l'autre pour aller s'attacher, l'aponévrose superficielle au bord antérieur de la fourchette sternale, l'aponévrose moyenne à son bord postérieur, délimitant ainsi l'espace sus-sternal.

En arrière de l'aponévrose moyenne et des muscles sous-hyoïdiens, on trouve le conduit laryngo-trachéal, le corps thyroïde et le conduit pharyngo-œsophagien. Ces trois organes occupent au cou tout l'espace limité, en avant, par l'aponévrose cervicale moyenne, en arrière, par l'aponévrose cervicale profonde et la colonne vertébrale, latéralement, par le

paquet vasculo-nerveux du cou et sa gaine aponévrotique.

En avant et en haut, la membrane thyro-hyoïdienne est séparée du feuillet profond de l'aponévrose moyenne, qui engaine les muscles thyro-hyoïdiens, par du tissu cellulaire dans lequel se développe la bourse séreuse de Boyer.

Situons, dès maintenant, la loge glosso-thyro-épiglottique qui renferme du tissu cellulaire et des lymphatiques pouvant s'infecter et être la cause de phlegmons profonds qui simuleront l'hygroma suppuré de la bourse séreuse de Boyer, située juste en avant d'elle.

Brousse et Brault ont localisé cette loge entre l'épiglotte, en arrière, la membrane thyro-hyoïdienne, en avant, et la membrane hyo-glossienne, en haut. Mais les dissections plus approfondies de Daireaux et de Poirier et R. Picqué, en précisant la constitution anatomique de la région, conduisent à modifier les idées de Brousse et Brault, relativement au point de départ de la suppuration. Il existe effectivement, de chaque côté de la cloison sagittale médiane sous-hyoïdienne, deux loges hyo-thyro-épiglottiques plus ou moins isolées. Ces loges, limitées, en arrière, par la face antérieure de l'épiglotte, en avant par la membrane thyro-hyoïdienne, en haut par une membrane transversale hyo-épiglottique, contiennent une frange adipeuse systématisée. Elles sont voisines des ré-

seaux lymphatiques émanés de la base du larynx, de la langue et de la portion sus-glottique du larynx ; mais l'existence de lymphatiques traversant les loges elles-mêmes reste problématique.

Il semble que le phlegmon étudié par Brousse et Brault naisse au-dessus de la loge hyo-thyro-épiglottique, dans l'interstice cellulaire compris entre la membrane hyo-épiglottique et la membrane hyoglossienne, dans ce que Brousse et Brault appellent l'étage supérieur de la loge glosso-thyro-épiglottique. En cette région, on trouve de petits ganglions lymphatiques. Ces ganglions, en rapport avec les réseaux du voile, de l'amygdale, du pharynx, du dos de la langue et des gencives, seraient le point de départ du phlegmon, comme Vallas l'a soutenu le premier. L'angine en est la cause la plus habituelle.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que, sur la ligne médiane, un étroit interstice, de forme losangique (une pareille configuration résulte naturellement de l'obliquité des muscles sous-hyoïdiens), sépare les muscles d'un côté de ceux du côté opposé. Le long de cet interstice, les deux aponévroses cervicales superficielle et moyenne se fusionnent intimement, de façon à former là une sorte de raphé médian, qui va de l'hyoïde au sternum et que l'on désigne parfois sous le nom de ligne blanche sous-hyoïdienne. Cet intervalle losangique a son importance en médecine opératoire, où il est connu sous

le nom de losange de la trachéotomie : à son niveau, en effet, deux plans seulement, la peau et l'aponévrose, reposent sur le conduit laryngo-trachéal et sont à traverser par le chirurgien qui pratique l'ouverture de la trachée ou qui incise la bourse séreuse de Boyer.

En résumé, cette bourse séreuse se trouve dans une loge bien définie, limitée : en avant, par les deux plans musculo-aponévrotiques formés par les muscles sous-hyoïdiens et par les lames de l'aponévrose cervicale moyenne qui les enveloppe ; en arrière, par la solide membrane thyro-hyoïdienne ; en haut, par le bord inférieur de l'os hyoïde ; enfin, en bas, par le bord supérieur du cartilage thyroïde. Elle présente, tant dans sa forme que dans son étendue, de nombreuses variations individuelles, et se prolonge ordinairement, en haut, entre la membrane thyro-hyoïdienne et la face postérieure de l'os hyoïde.

Elle a la forme d'un V dont la pointe répond à l'échancrure du bord supérieur du cartilage thyroïde et dont les deux branches suivent en divergeant la gouttière sous-hyoïdienne.

Son développement est la conséquence des mouvements incessants d'abaissement et d'élévation du larynx dans l'acte de déglutition.

4° *Vascularisation et innervation.*

Cette région sous-aponévrotique est très peu irriguée. Les artères qui lui sont destinées sont des vaisseaux de tout petit calibre, et, de ce fait, entièrement négligeables dans la pratique. Les veines se rendent les unes à la jugulaire antérieure, les autres aux veines thyroïdiennes.

Les lymphatiques aboutissent, en partie, aux ganglions sus-sternaux, en partie aux ganglions carotidiens.

Les nerfs proviennent de deux sources : *a*) pour le muscle thyro-hyoïdien, du tronc même de l'hypoglosse ; *b*) pour les trois autres muscles (omo-hyoïdien, sterno-cléido-hyoïdien, sterno-hyoïdien), de l'anse de l'hypoglosse.

Mais on y voit passer sur la face antérieure de la membrane thyro-hyoïdienne, plus exactement sur ses côtés, à l'union de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur, l'artère laryngée supérieure, accompagnée de la veine et du nerf de même nom, qui, venant de la thyroïdienne supérieure, s'engage entre le muscle thyro-hyoïdien et la membrane thyro-hyoïdienne, la perfore pour pénétrer dans l'espace sous-muqueux de l'étage supérieur du larynx. Le rameau nerveux qui est la branche supérieure du nerf laryngé supérieur, chemine obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, il traverse la membrane thyro-hyoïdienne au-dessus de l'artère laryngée su-

périeure et par le même orifice que cette artère. Cet orifice est situé à un ou deux centimètres environ en avant du ligament thyro-hyoïdien latéral et à égale distance de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde. Une incision médiane de la membrane ne risque donc pas de léser le paquet vasculo-nerveux. Les prolongements latéraux de la bourse séreuse de Boyer sont situés au-dessus du dit orifice.

Les lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux laryngés supérieurs sont très nombreux dans l'étage sus-glottique, où ils communiquent largement avec les lymphatiques du pharynx et appartiennent au groupe supérieur qui aboutit, après avoir traversé la membrane thyro-hyoïdienne, aux ganglions carotidiens qui s'échelonnent depuis le ventre postérieur du digastrique jusqu'à la partie moyenne du lobe latéral de la thyroïde.

Il faut noter qu'on rencontre encore quelquefois, sur la face superficielle de la membrane thyro-hyoïdienne, deux ou trois petits nodules ganglionnaires (Bougery et Jacob) : ils reçoivent, lorsqu'ils existent, des lymphatiques émanés des gouttières pharyngo-laryngées. Ils sont donc annexés, non pas à l'appareil lymphatique du larynx, mais bien à celui du pharynx.

Nous nous excusons d'avoir insisté sur l'étude anatomique de la région sous-hyoïdienne, mais elle nous

paraissait indispensable pour mieux comprendre la symptomatologie des inflammations aiguës de la région antérieure du cou et savoir diagnostiquer les différents phlegmons profonds du cou avec l'hygroma suppuré de la bourse séreuse de Boyer.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

L'hygroma suppuré de la bourse séreuse de Boyer est certainement une des infections aiguës les plus rares de la région antérieure du cou. Sont de beaucoup les plus fréquents les adéno-phlegmons. Les cellulites sont exceptionnelles.

S'il est facile d'expliquer par la voie lymphatique l'étiologie des adéno-phlegmons du cou, dont les deux causes les plus fréquentes sont : 1° Les affections dentaires (surtout molaires et dents de sagesse), l'adéno-phlegmon est alors le plus souvent sous-angulo-maxillaire, et 2° les angines, quelle que soit leur nature : angine rouge, pultacée, phlegmoneuse, ou angine d'une fièvre éruptive, l'adéno-phlegmon est habituellement sous-angulo-maxillaire ou carotidien, nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses sur l'étiologie de l'hygroma de la bourse séreuse de Boyer.

En effet, comme nous l'avons vu, cette bourse est complètement isolée des autres organes de la région et en particulier les lymphatiques traversent la mem-

brane thyro-hyoïdienne avec les vaisseaux laryngés supérieurs un peu au-dessous des prolongements latéraux de la bourse séreuse.

On ne peut guère invoquer davantage, comme pour les infections des autres bourses séreuses de l'organisme, ni l'innoculation directe qui succède à un traumatisme (plaie pénétrante), ni l'innoculation indirecte qui se voit au cours des lymphangites aiguës ou des affections cutanées de voisinage.

D'après les trois cas que nous avons pu observer, l'étiologie de cette affection nous paraît très obscure, et l'hypothèse de la localisation à cette bourse séreuse des germes pyogènes, transportés par la circulation, nous paraît la plus vraisemblable.

Y a-t-il une cause locale qui favoriserait cette localisation ? Quelques auteurs admettent que certaines professions y prédisposeraient, par exemple, celle de chanteur ambulant, employé de magasins, etc...

Comme pour toute espèce d'infection, il est classique d'incriminer aussi toutes les causes de déchéance physiologique, d'insister sur la fréquence des suppurations chez les sujets affaiblis, les alcooliques, les diabétiques. Le fait est loin d'être constant et nous avons pu remarquer un hygroma suppuré chez un homme robuste et sain. Ce qui est plus exact, c'est la gravité des phlegmons chez les débilités et sa tendance à l'extension et à l'envahissement.

Quant aux micro-organismes que l'on peut rencontrer dans le pus de cette affection, ils ne sont pas très variés ; ce sont, le plus souvent, des staphylocoques et des streptocoques, contrairement à ce qui se passe dans les adéno-phlegmons de la région, où l'on trouve, en outre, les hôtes habituels de la cavité buccale et parfois des anaérobies, surtout quand l'infection est d'origine dentaire ou buccale.



CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

L'hygroma de la bourse séreuse de Boyer débute plus ou moins brusquement.

Début. — Ce n'est d'abord qu'une vague douleur à la déglutition. Le malade croit à une simple angine, et, comme dans la plupart des cas, ne se soigne pas. Mais si l'on voit le malade, à cette période de début, on ne trouve ni gorge rouge, ni enduits blanchâtres dans les cryptes amygdaliennes, et surtout pas d'adénite cervicale bilatérale, laquelle est constante dans les angines.

Ce n'est parfois qu'au cours de la recherche de ces ganglions que le doigt localise par hasard une douleur plus ou moins accentuée dans la gouttière sous-hyoïdienne. L'état général n'est nullement atteint et n'inquiète pas le malade.

Période d'état. — Le plus souvent, c'est à cette période que l'on a l'occasion d'examiner le malade. Celui-ci va consulter son médecin, car son état général ne l'oblige pas à garder la chambre.

La température peut atteindre 38° ou 38°5. Le pouls reste normal ou légèrement accéléré. Le faciès n'est pas altéré.

Les symptômes fonctionnels sont beaucoup plus accusés. Le malade parle d'une voix rauque ; il a de la difficulté pour parler. S'il peut tourner légèrement la tête, il lui est impossible de la relever. Il l'immobilise dans la position où la bourse séreuse a le plus de place dans sa loge, c'est-à-dire la tête en légère flexion sur le cou. Il est dans l'impossibilité d'étendre la tête par la tension douloureuse de la membrane thyro-hyoïdienne.

La dysphagie surtout est intense. Les mouvements d'ascension du larynx sont très douloureux et rendent la déglutition très pénible, tellement, parfois, que le malade n'ose plus manger. Il n'y a pas de trismus.

La dysphonie, également, est très accusée et s'explique par la compression mécanique et l'irritation des nerfs laryngés supérieurs dont le rameau supérieur qui traverse la membrane thyro-hyoïdienne est exclusivement sensitif.

La dyspnée est à peu près nulle ou très faible.

Les signes physiques sont peu nombreux. L'inspection de la région sous-hyoïdienne ne nous révèle absolument rien. On ne trouve aucun des signes extérieurs qui sont constants dans les phlegmons : ni

gonflement, ni œdème de la peau, ni rougeur, ni chaleur locales.

La palpation seule nous permettra de faire un diagnostic. En effet, le doigt localisera sur la ligne médiane, au niveau de la gouttière sous-hyoïdienne, un point douloureux très précis. Il est impossible de sentir aucune fluctuation. Tout au plus, peut-on apprécier, dans certains cas, la forme d'une petite tumeur arrondie, grosse comme une cerise, très dure et très douloureuse. Au devant d'elle, la peau dont elle est séparée par les aponévroses superficielle et moyenne, est libre et mobile sur les plans sous-jacents.

Abandonné à lui-même, quelle sera l'évolution de cet hygroma suppuré ?

Les trois malades que nous avons pu observer ne nous permettent pas de l'indiquer, puisque nous les avons toujours opérés à temps.



CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

D'après l'exposé précédent, il semble que le diagnostic soit assez facile. Cependant, il y a de nombreuses causes d'erreur.

A) PHLEGMONS PROFONDS DU COU

Nous n'envisagerons que les adéno-phlegmons des régions voisines.

Ceux-ci débutent par une adénite consécutive à une infection du larynx ou de la cavité buccale. On sent un gros ganglion dur et douloureux à la pression. Puis le tissu cellulaire s'empâte, se ramollit et le tout se fond en une seule cavité. A ces phénomènes discrets, succède la période d'induration ; la région est tuméfiée. La peau, d'abord saine, de coloration normale, à peine épaissie, mobile sur les plans sous-jacents, ne tarde pas à faire corps avec les tissus enflammés et à devenir rouge, tendue et luisante. La tumeur est alors dure, presque ligneuse. Souvent

aussi, ces phlegmons fusent le long des aponévroses et parfois loin du point de départ. Nous avons à considérer :

1° *Les phlegmons sus-hyoïdiens :*

a) Les phlegmons sus-hyoïdiens médians appartiennent surtout au plancher buccal. Bien que sous-aponévrotiques, ils n'ont pas de tendance à gagner les parties profondes ; leur pronostic est donc bénin.

b) Les phlegmons sus-hyoïdiens latéraux s'étendent de la ligne médiane au muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ils présentent souvent du trismus. Leur pronostic est plus grave : la fièvre est accusée, la langue pâteuse, l'appétit nul ; les tissus superficiels présentent toujours une induration ligneuse. Ils ont tendance à s'ouvrir à la peau ; mais des fusées purulantes anormales sont fréquentes, même, parfois, dans le médiastin (Malassez et Lucas-Championnière) ou vers la bouche (Auffret).

2° *Les phlegmons sous-hyoïdiens.*

Plus fréquentes seront les erreurs avec ces phlegmons, et en particulier avec le phlegmon de la loge glosso-thyro-épiglottique.

a) *Le phlegmon glosso-thyro-épiglottique* a été décrit par Brousse et Brault. Ils l'ont localisé, comme nous l'avons vu plus haut, dans une loge comprise

entre l'épiglotte, en arrière, la membrane thyro-hyoïdienne, en avant, et la membrane hyo-glossienne, en haut. Cette situation explique qu'on pourra facilement confondre ce phlegmon avec l'hygroma aigu de la bourse séreuse de Boyer. Mais ici, la tuméfaction est en regard de l'os hyoïde, empiétant, en haut et en bas, sur les régions sus et sous-hyoïdiennes. Elle est dure comme du carton et encercle l'espace thyro-hyoïdien. On remarque à cette phase, l'intégrité du plancher buccal, de la langue et du pharynx ; la langue est soulevée en masse par le refoulement en haut de la membrane hyo-épiglottique, mais non augmentée de volume. Le doigt, suivant la base de la langue, sent l'épiglotte refoulée en arrière et, au devant d'elle, une tuméfaction dure, non fluctuante. Dans l'hygroma de la bourse de Boyer, la tuméfaction est bloquée, en haut, par la face inférieure de l'os hyoïde.

Dans le phlegmon glosso-thyro-épiglottique, le malade se tient aussi la tête penchée en avant (attitude contrite). La pression sur l'os hyoïde est très douloureuse.

A l'examen buccal le plancher est souple et libre, il n'y a pas de trismus, la base de la langue est empâtée et très douloureuse.

Le pus n'a aucune tendance à se propager en arrière de l'épiglotte, et moins encore du côté de la région sous-hyoïdienne. Dans la majorité des cas

(quatre fois sur cinq réunis par Daireaux), l'abcès envahit secondairement la région sublinguale, mais il peut fuser plus loin encore, vers la partie latérale du cou, etc...

b) *Les phlegmons pré-laryngo-trachéaux.* — Ils se développent dans l'espace préviscéral aux dépens des ganglions de la chaîne cervicale antérieure profonde. Poulsen, qui en a signalé onze cas, a remarqué la tendance de ces abcès à envahir tout l'espace préviscéral. Ils peuvent donc provoquer des accidents dyspnéiques inquiétants. Ils ont aussi tendance à fuser dans le médiastin.

Comme l'hygroma de la bourse séreuse de Boyer ces phlegmons peuvent parfois ne pas paraître extérieurement. Blandin a dit : « Les abcès profonds de la région laryngo-trachéale se portent souvent vers le médiastin avant d'avoir pu être perçus à l'extérieur. » On a aussi signalé l'ouverture dans la trachée et le larynx.

c) *Les phlegmons de l'espace sus-sternal.* — Ceux-ci ne peuvent pas prêter à confusion. De même ceux de la région mastoïdienne et en particulier les phlegmons latéraux profonds ou carotidiens qui siègent sous le sterno-cléido-mastoïdien. Leur symptomatologie est trop différente de celle de l'hygroma, surtout quant aux points douloureux qui sont trop éloignés de la ligne médiane.

Exceptionnellement nous pourrions être en présence de l'adénite aiguë des ganglions de Bougery et Jacob, situés sur la face antérieure de la bourse séreuse de Boyer, consécutive à une infection pharyngienne. Cette adénite peut simuler entièrement l'hygroma de la bourse séreuse de Boyer.

Exceptionnelle aussi sera l'hygroma aigu de la bourse séreuse de Béclard, qui est sous-aponévrotique et pré-thyroïdienne ; son siège est donc plus bas situé.

B) KYSTES BRANCHIAUX

Le diagnostic de la bourse séreuse de Boyer pourra encore se poser avec les kystes branchiaux médians.

Ceux qui siègent au-dessus de l'os hyoïde, qui sont d'ailleurs très rares, seront faciles à éliminer, ils sont accolés aux ventres antérieurs des muscles digastriques et adhèrent à l'os hyoïde.

Les kystes sous-hyoïdiens médians, très bien décrits par Lannelongue, sont plus fréquents. Tantôt ils siègent au-dessous de l'os hyoïde auquel ils adhèrent, tantôt plus bas situés, ils sont recouverts par les aponévroses cervicales engainant les muscles sous-hyoïdiens.

Les kystes thyro-hyoïdiens sont très fréquents. Rigoureusement médians, ils sont situés entre l'os hyoïde et le bord supérieur du cartilage thyroïde.

Petits, ils se développent du côté de la peau et peuvent descendre au devant du cartilage thyroïde. Ce sont des kystes mucoïdes, adhérents à l'os hyoïde. Ils proviennent d'une inclusion fœtale qui s'est faite au niveau du canal thyroglosse de Bochdaleck.

Ce sont de petites tumeurs qui se développent, sans raison apparente, pendant l'adolescence ou à l'âge adulte; elles sont arrondies et recouvertes d'une peau saine. Elles sont mobiles; cependant leur mobilité est limitée dans un sens par une adhérence osseuse, surtout à l'os hyoïde. Il en résulte la perception assez fréquente d'un pédicule et d'un déplacement suivant l'ascension de l'os hyoïde dans les mouvements de déglutition.

Le diagnostic est donc facile. Mais il sera moins aisé quand le kyste sera le siège d'une infection. Car dans ce cas la petite tumeur devient douloureuse spontanément et à la pression. Elle adhère ensuite à la peau qui s'épaissit et prend une teinte rosée. Abandonné à lui-même le kyste suppuré s'ouvre à la peau. Mais au lieu de voir l'abcès se fermer et la suppuration se tarir, dans ces cas, on voit persister un trajet fistuleux qui conduit dans la cavité kystique: c'est une fistule congénitale secondaire.

Ceci nous amène à considérer un autre diagnostic, celui des fistules congénitales primitives.

C) FISTULES CONGÉNITALES PRIMITIVES

Le diagnostic est évident lorsqu'il y a un orifice externe par où s'écoule le liquide. La fistule borgne interne ne peut être soupçonnée que si son orifice permet aux aliments de s'introduire dans le trajet et s'il en résulte de la dysphagie.

Les fistules médianes primitives sont très rares. Elles sont le plus souvent secondaires à l'ouverture d'un kyste congénital. Mais elles peuvent parfois prêter à confusion avec l'hygroma de la bourse séreuse de Boyer, quand l'orifice d'une fistule borgne externe vient à se fermer spontanément. Le trajet fistuleux dilaté donne alors naissance à un kyste qui est susceptible de s'infecter : les antécédents feront éviter l'erreur.

D) Pour être plus complet nous citerons en terminant les fractures du larynx dont la dyspnée violente, la dysphonie exagérée et la douleur vive qu'exacerbe chaque mouvement de déglutition pourraient être une cause d'erreur. Mais là, prime la notion du traumatisme.



CHAPITRE V

TRAITEMENT

Il est essentiellement local.

Evidemment rien n'empêche d'y adjoindre un traitement général. Pour employer la thérapeutique moderne, nous pourrions prescrire les sulfamides (Rubiazol, Septazine, Dagénan). Nous interrogerons soigneusement l'état général du sujet, chez lequel nous pourrions découvrir une maladie jusque-là ignorée. C'est ainsi qu'en présence d'une infection, d'une suppuration, nous rechercherons systématiquement la glycosurie et ferons un dosage de la glycémie.

Localement, à la période d'inflammation, les applications chaudes sont un bon moyen de calmer la douleur. Sous l'influence de ce traitement, nous pourrions voir quelquefois l'inflammation rétrocéder. Mais le plus souvent, les signes d'inflammation persistent, puis apparaît le stade de la suppuration.

A ce moment nous devons songer à une intervention plus sérieuse. N'attendons pas la fluctuation, car nous savons qu'elle ne pouvait pas exister dans cette loge si résistante de toutes parts. Il faudra inciser le plus tôt possible, et c'est souvent la première fois que l'on verra le malade, qu'il faudra intervenir.

Pour permettre au chirurgien plus de facilité dans son opération, nous conseillons quelques bouffées de chloroforme pour réduire la contracture des muscles et mettre le malade sans le faire souffrir dans la position opératoire, c'est-à-dire la tête en extension forcée sur le cou.

L'incision sera faite suivant la ligne blanche sous-hyoïdienne sur deux ou trois centimètres de longueur. Il sera prudent, bien qu'on ne risque pas sur la ligne médiane de léser le paquet vasculo-nerveux laryngé supérieur, de déposer le bistouri sitôt que la peau aura été incisée et de rechercher le pus avec des instruments mousses, de préférence la sonde cannelée ou une pince de Kocher. Une fois pénétré dans la cavité de la bourse séreuse, un bon procédé pour évacuer le pus est d'écarter doucement les deux branches de la pince de Kocher. Il s'écoule ainsi environ une demi à une cuillère à café de pus, et c'est fini.

Une simple petite mèche laissée en place vingt-quatre heures, et notre malade est guéri en trois jours.

Si les symptômes de l'hygroma aigu de la bourse séreuse de Boyer peuvent paraître parfois inquiétants, nous voyons qu'ils sont disproportionnés avec la bénignité de la maladie et surtout celle du traitement, différence essentielle aussi avec la gravité des phlegmons de la région sous-hyoïdienne.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Madame Renée D... consulte le docteur Voutzelle pour un léger mal de gorge. Elle souffre depuis deux jours pour avaler sa salive ou ses aliments. Croyant à une angine elle se gargarisait plusieurs fois par jour avec du Néol Bottu et se faisait des compresses chaudes au devant du cou. « Cependant, disait-elle, je ne suis pas sujette aux maux de gorge ».

De fait, la malade n'avait ni coryza, ni angine, ni adénite cervicale bilatérale, sa voix n'était pas altérée. Un seul symptôme était vraiment important : la douleur à la déglutition. L'état général ne présentait rien d'anormal. Après deux jours de traitement par des applications chaudes sur la région antérieure du cou, il n'y avait pas d'amélioration. La malade revient, souffrant beaucoup plus. Elle ne peut relever la tête sans éprouver une vive douleur au-dessus de la pomme d'Adam. Sa voix a changé de timbre. Elle souffre énormément pour avaler. A l'inspection, la région douloureuse n'est ni déformée, ni rouge. Mais la pression sur la membrane thyro-hyoïdienne exacerbe la douleur, La température est de 38°5, le pouls à 100. Devant ces

symptômes le docteur Vouzelle pense à une collection purulente sous-aponévrotique très localisée.

Anesthésie générale au chloroforme.

Une incision médiane de la peau au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne ne révèle rien. Ce n'est qu'après avoir effondré les deux aponévroses à la sonde canelée que le pus est apparu, à peine une cuillère à café. Une petite mèche est placée dans l'incision. Après quelques jours la malade pouvait reprendre son travail.

OBSERVATION N° II

Il s'agit ici d'un homme d'une quarantaine d'années, robuste, c'est un cultivateur. Depuis quatre jours il souffre beaucoup du cou. Son attitude contrite éveille aussitôt l'attention. Lui aussi « a mal pour avaler ». Sa voix s'est un peu modifiée. Il se sent un peu gêné pour respirer. L'état général est très satisfaisant sauf une légère température de 38°. C'est d'ailleurs, affirme-t-il, sa première maladie.

La palpation révèle un point extrêmement douloureux au-dessus du cartilage thyroïde. Le doigt sent un léger soulèvement de la gouttière sous-hyoïdienne.

Se rappelant le cas précédent, le docteur Vouzelle pense à la même affection, à un hygroma suppuré de la bourse séreuse de Boyer. Opéré le jour même, le malade peut repartir chez lui le lendemain à peu près guéri.

OBSERVATION N° III (*personnelle*)

Marcel R..., 28 ans, employé de commerce, ne peut plus assurer son service depuis quatre jours. Il parle avec difficulté et souffre au-dessus de la pomme d'Adam. Il attribue cette maladie à sa profession, car il parle beaucoup. Quoiqu'il en soit, il présente les mêmes symptômes que les deux malades précédents : douleur vive pour relever la tête, mouvements de déglutition très pénibles, voix enrouée ; la pression sur la membrane thyro-hyoïdienne réveille une douleur exquise, très bien limitée ; et toujours aucune indication extérieure, ni gonflement, ni œdème, ni rougeur.

Opéré le soir même, le malade est soulagé immédiatement. Au bout de huit jours la plaie était cicatrisée.



CONCLUSIONS

1° *Conclusion anatomique*

La bourse séreuse de Boyer est située dans une loge limitée par des plans très résistants, en haut par l'os hyoïde, en bas par le bord supérieur du cartilage thyroïde, en arrière par la membrane thyro-hyoïdienne et, en avant, par les aponévroses cervicales moyenne et superficielle. Elle est très bien isolée des loges aponévrotiques voisines.

2° *Conclusion étiologique*

L'étiologie de l'hygroma suppuré de la bourse séreuse de Boyer est très obscure et ne peut s'expliquer que par un apport microbien de la circulation sanguine ou peut-être lymphatique sur une bourse séreuse déjà irritée.

3° *Conclusion symptomatologique*

Les symptômes fonctionnels paraissent quelquefois inquiétants pour le malade à cause de la dysphonie, de la dysphagie et de la douleur spontanée. Mais la maladie reste bénigne.

Les signes physiques sont presque absents. Différence essentielle avec les phlegmons profonds voisins et, en particulier, avec le phlegmon glosso-thyro-épiglottique.

De plus l'hygroma suppuré de la bourse de Boyer reste localisé, tandis que les phlegmons tendent à fuser le long des loges aponévrotiques.

4° Conclusion thérapeutique

Le traitement de l'hygroma suppuré de la bourse séreuse de Boyer, par sa simplicité, est à la portée de tous les médecins. Il soulage immédiatement le malade qui guérit très rapidement.

VU : *Le Président de Thèse,*
M. GOSSET.

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- J. B. BATUT. — Etude sur l'hygroma de la bourse thyroïdienne et son traitement (Bordeaux, 1886, 4°).
- E. FORTUN. — Hygroma supurado de la bolsa de Boyer (*Arch. de la policlin. Habana*, 1899, VII, 570572).
- G. VANDÆLE. — Contribution à l'étude de la bourse séreuse préthyroïdienne et de son hygroma (*Paris*, 1892).
- GERBIER. — Contribution a l'étude des phlegmons du cou, 1892.
- BROUSSES et BRAULT. — Sur une variété incomplètement décrite de phlegmon du cou. (Phlegmon grave de la loge glosso-thyroépiglottique), (*Revue de chirurgie*, 1893, T. XIII, p. 98 à 110.)

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION	11
--------------------	----

CHAPITRE PREMIER

ETUDE ANATOMIQUE	13
Région sous-hyoïdienne	14
1° Limites	14
2° Forme extérieure et exploration	15
3° Aponévroses	17
4° Vascularisation et Innervation	22

CHAPITRE II

ETIOLOGIE	25
-----------------	----

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Début	29
Période d'état	29

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

a) Phlegmons profonds du cou	33
1° phlegmons sus-hyoïdiens	34
2° phlegmons sous-hyoïdiens	34
b) Kystes branchiaux	37
c) Fistules congénitales primitives	39
d) Fractures du larynx	39

CHAPITRE V

TRAITEMENT	41
------------------	----

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS	43
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	49

